

APERÇU

SUR

LA CATARACTE.

N° 88.

4.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 23 JUILLET 1838;

PAR

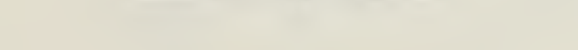
FRANÇOIS DESPEYROUX,

de Lupiac (GERS);

Bachelier ès-lettres de l'Académie de Toulouse, ex-Chirurgien externe de l'Hôtel-Dieu St.-Jacques de la même ville; Élève particulier de M. Eugène Delmas, Professeur agregé à la Faculté de Montpellier;

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

> L'œil reçoit et réfléchit en même temps la lumière de la pensée et la chaleur du sentiment; c'est le sens de l'esprit et la langue de l'intelligence.
>
> BUFFON, *Hist. nat. de l'homme.*



MONTPELLIER,

IMPRIMERIE DE VEUVE RICARD, NÉE GRAND, PLACE D'ENCIVADE, 3.

1838.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen, *Président.* Clinique médicale.
BROUSSONNET. Clinique médicale.
LORDAT, *Examinateur.* Physiologie.
DELILE. Botanique.
LALLEMAND. Clinique chirurgicale.
DUPORTAL. Chimie.
DUBRUEIL. Anatomie.
N........ Pathologie chirurgicale, opérations et appareils.
DELMAS. Accouchements.
GOLFIN. Thérapeutique et Matière médicale.
RIBES. Hygiène.
RECH. Pathologie médicale.
SERRE, *Suppléant.* Clinique chirurgicale.
BÉRARD. Chimie médicale-générale et Toxicologie.
RENÉ. Médecine légale.
RISUEÑO D'AMADOR. Pathologie et Thérapeutique générales.

PROFESSEUR HONORAIRE.

M. Aug. Pyr. De CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
KUHNHOLTZ, *Examinateur.*
BERTIN.
BROUSSONNET fils.
TOUCHY.
DELMAS fils, *Suppléant.*
VAILHÉ.
BOURQUENOD.

MM. FAGES.
BATIGNE, *Examinateur.*
POURCHÉ.
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET.
ESTOR.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A SON ÉMINENCE

LE CARDINAL D'**IZOARD**, ARCHEVÊQUE D'AUCH,

Vénération.

A M. DUBRUEIL,

Professeur d'anatomie à la Faculté de Montpellier, officier de la Légion d'honneur, membre de plusieurs sociétés savantes, etc,

En vous offrant ce travail si peu digne de vous, j'obéis à l'impulsion de mon cœur; en l'acceptant, vous avez comblé tous mes vœux.

A MON MAITRE CHÉRI,

M. EUGÈNE DELMAS,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine, chef de clinique d'accouchements, etc.

Vous m'avez témoigné tant d'intérêt, vous avez eu pour moi tant de bontés, qu'il m'est impossible aujourd'hui d'exprimer la peine, la douleur que j'éprouve en vous quittant.

Daignez recevoir ici le tribut de ma juste reconnaissance.

F. DESPEYROUX.

A MESDAMES

MARCELINE DE MONTEGUT,

JUSTINE DE MONTEGUT, VEUVE DUMAS.

Que je m'estime heureux, Mesdames, de pouvoir vous offrir le premier fruit de mes études médicales. Puisse ce faible hommage vous paraître une preuve de la reconnaissance la plus sincère et de la plus haute considération.

AU MEILLEUR DES PÈRES,

A LA PLUS TENDRE DES MÈRES.

RESPECT, AMOUR FILIAL.

O vous pour qui je n'ai jamais cessé d'être un sujet de peines et de sollicitudes, vous que ma jeunesse et mon avenir ont si péniblement préoccupés, vous dont l'âme est ornée des plus belles vertus, recevez cet opuscule comme un bien faible dédommagement de tous les grands sacrifices que vous avez faits pour moi! Puissé-je bientôt vous rendre aussi heureux que mon cœur le désire! Votre bonheur sera le mien.

A MES BONNES SŒURS.

La mort seule pourra rompre les doux liens de l'amitié pure et sincère qui nous unissent. Pour toi surtout, chère SCOLASTIQUE, *chaque jour de ma vie te prouvera que mon cœur ne le cède en rien au tien.*

A M. LABRIFFE, PRÊTRE, MON MEILLEUR AMI.

Votre doux nom sera toujours gravé dans mon cœur.

A TOUS MES PARENTS ET AMIS.

Souvenir.

F. DESPEYROUX.



DE

LA CATARACTE.

La cataracte est une altération successive ou simultanée du cristallin, de sa capsule ou de l'humeur de Morgagni, avec perte plus ou moins complète de la vue. On reconnaît, en général, trois sortes de cataractes qui tirent leur nom de la partie affectée. Cette maladie était connue des anciens sous le nom d'*hypochysis, suffusio, gutta opaca*. Faute de connaissances anatomiques, on en a long-temps ignoré le siége et la nature; les diverses idées que l'on s'en était faites le prouvent d'une manière incontestable; elles sont trop absurdes pour ne pas les passer sous silence. Pendant long-temps on a cru que cette affection dépendait d'une pellicule formée par l'épaississement de l'humeur aqueuse. Ce ne fut qu'en 1604 que Kepler mit les esprits sur la bonne voie, en montrant que la transparence du cristallin ne lui permettait pas d'absorber les rayons lumineux, et que la vision devait s'opérer au fond de l'œil. C'était déjà un grand pas vers la vérité. Au milieu du 17e siècle, Quarré et Rémi Lasnier prouvèrent, par

des observations, que la cataracte était due à l'opacité du cristallin. Bientôt Lucas, Tozzi, etc., démontrèrent qu'elle venait le plus souvent du changement de couleur.

L'esprit philosophique du 18e siècle, éclairé par le flambeau de l'anatomie pathologique, déchira enfin le voile de l'erreur. Maître-Jean, Méry, Heister, etc., enlevèrent toute espèce de doute; bien plus, ils observèrent des cataractes membraneuses. Peu après, Morand et Lapeyronie en présentèrent des observations à l'Académie des sciences. Outre ces deux espèces de cataractes, on en a observé depuis de laiteuses; si tout le système cristallinien est affecté, la cataracte est dite mixte ou composée.

Comme nous l'avons déjà dit, la cataracte tirant son nom de la partie affectée est appelée cristalline, capsulaire, morgagnienne, capsulo-lenticulaire. Nous sommes loin de regarder, avec certains auteurs, comme cataracte, tout obstacle qui, existant entre le trou visuel et la rétine, s'oppose aux rayons lumineux. Cette opinion est fausse; car, d'après eux, le glaucôme serait une cataracte, erreur des anciens que les modernes ont entièrement détruite.

D'après tout ce qui précède, on peut voir que de temps, que de faits nombreux il n'a pas fallu pour connaître la nature de cette maladie et en établir le véritable diagnostic.

SIGNES CARACTÉRISTIQUES.

La marche de cette affection est en général lente et graduée; rien de plus variable que le temps nécessaire à son développement; l'opacité reste quelquefois vingt, trente ans à se compléter; d'autres fois on l'a vue se former en quelques jours, en quelques heures, comme le démontrent les deux observations de Ténon, qui ont pour sujet deux femmes chez qui l'opacité fut complète en moins d'une nuit: chez d'autres, elle se manifeste instantanément; mais alors elle est presque toujours l'effet d'une violence extérieure. Le terme moyen, d'après Demours, est de deux ans.

Au début, le malade éprouve assez souvent une douleur sourde à la tête; bientôt les objets, surtout blancs, lui paraissent enveloppés d'un nuage éthéré, d'un voile léger; des tourbillons de poussière. Des flocons de neige, des images fugitives et vaporeuses semblent voltiger confusément devant ses yeux; il cherche, mais en vain, à les dissiper (ce dernier symptôme n'est pas toujours un signe de cataracte, comme le prouve la lettre de Bartholin à J.-L. Hanhemann); il sent sa vue s'affaiblir. L'œil n'offre encore aucun changement physique; mais bientôt la couleur change, une légère opacité apparaît ordinairement au centre de la pupille, l'affaiblissement de la vue suit ses progrès; plus tard, l'ombre de l'iris se dessine sur le cristallin, la flamme d'une bougie ressemble à une aréole blanchâtre dont l'étendue augmente à mesure que le malade s'en éloigne (1); celui-ci voit mieux de loin que de près, par côté qu'en face; car, plus les rayons lumineux sont divergents, et mieux ils pénètrent par la circonférence du cristallin qui est presque toujours la dernière à perdre sa transparence; ce qui explique pourquoi la contraction de l'iris anéantit momentanément la vision. Après être passée par ces diverses périodes, l'opacité devient complète, et le malade ne conserve plus que la triste faculté de distinguer le jour des ténèbres. Alors seulement l'opération doit être pratiquée.

La consistance des cataractes varie beaucoup; tantôt elle est de nature pulpeuse, tantôt presque cartilagineuse, quelquefois enfin pierreuse, comme l'attestent plusieurs observations de Wenzel et autres.

La couleur n'offre pas moins de nuances: le plus souvent elle est d'un bleu jaunâtre, grisâtre; on en a observé de bleuâtres, de rouillées, de brunes et même de noires, qu'il faut bien se garder de confondre avec l'amaurose. Ces dernières, quoique rares, ne peuvent être révoquées en doute, lorsque des hommes du plus haut mérite en rapportent des observations: Janin, Morgagni, Maître-Jean, Wenzel, etc.

(1) Boyer attribue l'illusion optique à l'opacité inégale du cristallin.

Je suis bien loin de croire qu'on puisse distinguer *à priori*, par la couleur, les nombreuses variétés de cataracte qu'on a établies: les signes qui servent de base à cette connaissance me paraissent trop vagues et trop incertains; cependant on peut, jusqu'à un certain point, s'en rendre raison, si l'on considère attentivement la structure, la forme, la consistance et la transparence du cristallin, selon l'âge du sujet; si on réfléchit à l'isolement de ce corps dans sa capsule, à la petite quantité de liquide qui le baigne; si surtout on a égard à la cause qui produit l'altération. Quoi qu'il en soit, convaincu qu'une longue observation peut seule faire connaître et distinguer les nombreuses variétés de cataracte dont la description ne ferait qu'embarrasser, surtout le jeune praticien, je me contenterai de les énumérer, ne voulant parler que de celles qu'on rencontre le plus ordinairement.

Cataracte lenticulaire. — Elle commence ordinairement, et même toujours, d'après Beer, au centre du cristallin par une tache jaunâtre qui s'accroît du milieu à la circonférence au fur et à mesure que la maladie fait des progrès. L'ombre du bord pupillaire forme sur le cristallin un cercle noirâtre dont l'intensité est toujours en rapport avec l'opacité et la force de la lumière. Ce cercle suit les mouvements de la pupille et la direction des rayons lumineux : à cet état de simplicité, elle affecte le plus souvent les vieillards, qui conservent la faculté de distinguer les petits objets, à cause de sa dureté et de son petit volume. L'enfant en est rarement atteint.

Cataracte capsulaire. — Bien plus rare que la précédente, elle commence par la circonférence du cristallin sous forme de stries brillantes ou de points blancs; elle est d'une couleur claire et variée; souvent elle affecte des signes on ne peut plus bizarres, qui lui ont fait donner des noms très-divers : pointillée, fenêtrée, marbrée, étoilée, arborescente, etc. Cette subdivision offrant peu d'utilité pour la pratique, nous n'en ferons pas mention. Les inégalités de la surface capsulaire, vues de profil, la font distinguer de la cristalline. La dilatation de la pupille n'améliore en rien la vue du malade : ce n'est que dans les cas rares où l'opacité occupe le centre

de la capsule, que la belladone et le demi-jour augmentent la faculté visuelle. Quoiqu'il soit impossible de reconnaître l'état du cristallin, si l'opacité est complète, l'expérience a appris qu'ordinairement il participe à l'altération de sa capsule, surtout chez les jeunes gens, d'après la remarque de Walther.

Cataracte morgagnienne ou interstitielle. — Elle consiste dans l'opacité de l'humeur qui baigne le cristallin : c'est la plus rare, mais aussi celle qui offre le moins de chances de guérison ; elle ne reste pas long-temps à cet état de simplicité (1) ; elle est d'un blanc de lait étendu d'eau ; la pupille paraît couverte de nuages qui, au moindre mouvement, changent de forme ; la teinte est très-variable : tantôt ce sont des flocons blanchâtres qui se meuvent ; tantôt la couleur devient uniforme, surtout lorsque le malade garde le repos. Si la capsule est à l'état normal, il est facile d'apercevoir les mouvements du liquide, qui obéit aux lois de la pesanteur; la chambre postérieure est presque effacée; quelquefois même l'iris est poussé en avant; la vue est toujours excessivement faible.

J'ai vu, en 1834, à l'hôpital de Toulouse, une cataracte de cette nature : il m'était facile de déplacer l'humeur par les diverses positions que je donnais à la tête du malade ; en frottant légèrement le globe oculaire, la couleur blanchâtre devenait uniforme; mais bientôt je voyais des stries grisâtres gagner la partie inférieure de l'œil; le malade distinguait par temps la clarté du jour : la méthode par abaissement fut employée sans succès.

Cataracte capsulo-lenticulaire. — Cette altération est fréquente ; on la reconnaît aux caractères réunis des deux cataractes qui lui ont donné le nom : elle offre un volume considérable, une opacité crétacée et nacrée de la capsule qui paraît être rapprochée de l'uvée; ces deux nuances sont superposées de manière que la première est inférieure à la dernière; l'iris est peu mobile; la pupille est ir-

(1) Nourri par cette humeur, le cristallin doit nécessairement participer plus ou moins à cette altération. Il se dissout en un fluide lactescent, d'où on peut être porté à croire que les cataractes liquides ont été d'abord interstitielles.

régulière quelquefois par la saillie de la capsule en avant. La couleur de cette cataracte ne disparaît point par les frictions exercées sur l'œil, comme dans la précédente. La capsule, en général, augmente d'épaisseur; elle est coriace et d'une teinte foncée.

Les variétés de cette cataracte sont fort nombreuses : on les appelle, selon leur couleur ou leur forme, cystiques, coniques, siliqueuses, pyramidales, étoilées, etc. Beer les regarde comme de la plus haute importance pour le pronostic et le choix du mode opératoire. On ne peut nier que la consistance des cataractes n'influe beaucoup sur la méthode à employer : c'est pourquoi il devient indispensable d'en étudier autant que possible la nature avant d'agir; l'expérience pourra seule amener à ce résultat; nous nous contenterons de jeter un coup d'œil sur les principaux caractères.

La cataracte dure se reconnaît à une couleur foncée, uniforme, au refoulement du cristallin, aux mouvements vifs de l'iris, à la faculté qu'a le malade de distinguer les objets, surtout lorsque la pupille est dilatée au moyen de quelque narcotique; elle survient ordinairement chez les vieillards.

Si, au contraire, la cataracte est molle en partie ou en totalité, la couleur est d'un gris clair, uniforme, ou d'un vert inégalement distribué, offrant parfois des flocons mobiles; l'iris est chassé en avant; la chambre postérieure n'existe plus, l'antérieure même est diminuée de beaucoup. La contraction de la pupille est lente, souvent nulle; en général, elle est déhiscente, quelquefois même adhérente à l'uvée. La vue est bien plus faible que dans la précédente; l'œil est parfois insensible à tout agent, ce qui peut s'expliquer par l'inertie de l'iris et l'agrandissement du diamètre antéro-postérieur des parties. Cette cataracte a les plus grands rapports avec la morgagnienne qui presque toujours lui donne naissance; l'adulte en est le plus souvent atteint.

Quoique certains auteurs nient l'existence de la cataracte noire, on doit l'admettre d'après nombreuses observations authentiques. Elle est rare, mais fort difficile à distinguer de l'amaurose : le plus expérimenté est quelquefois dans la plus cruelle incertitude. Il est

des cas cependant où il est impossible, à la simple vue, de la confondre avec cette affection. Dans l'amaurose, l'œil est transparent, la pupille dilatée, immobile; le jour ne se distingue pas de la nuit. Pour confirmer ces signes, on peut darder sur l'œil, au moyen d'un miroir concave, les rayons lumineux. Si, à ce genre d'essai, l'organe reste insensible, on peut presque avoir la certitude que la goutte sereine existe. Dans la cataracte noire, au contraire, le cristallin paraît dur, opaque, de forme olivaire; la vision s'opère mieux la nuit que le jour, à cause de la plus grande dilatation de la pupille. Le professeur Sanson aurait trouvé un moyen simple et ingénieux pour la différencier des autres affections du globe oculaire, si le résultat de ses expériences était toujours le même; mais la curiosité et l'attente de ceux qui depuis ont voulu apprécier la valeur de cette découverte, ont été parfois trompées; ils n'ont pas trouvé constamment les trois lumières indiquées par l'auteur. « Lorsque, dit-il, au-devant d'un œil amaurotique dont la pupille a été dilatée, soit par l'effet de la maladie, soit par l'action de la belladone, on présente une lumière, on voit très-distinctement et constamment trois images de la flamme. De ces trois images, deux sont droites et une est renversée; elles sont situées en arrière les unes des autres dans l'ordre suivant : la plus antérieure, qui est la plus apparente, est droite; la plus profonde, qui est la plus pâle, est droite aussi; et la troisième, située entre les deux autres, est renversée. Dans la cataracte, quel que soit le degré de développement de la maladie, ces images manquent (1). »

Le professeur Serre a beaucoup de confiance dans cette découverte dont il s'est souvent servi avec avantage. Espérons que de nouvelles tentatives en démontreront bientôt toute la certitude désirable.

On ne doit pas confondre la cataracte congéniale avec la persistance de la membrane pupillaire. On la reconnaît aux mouvements rapides continuels et désordonnés des yeux; ces oscillations se mon-

(1) Voyez journal de l'expérience, n° 1, 5 Décembre 1837.

trent chez presque toutes les personnes affectées de cécité congéniale produite par l'amaurose ou par simple cataracte ; on ne peut guère trop s'en expliquer la cause : les uns l'attribuent à l'arrêt de développement, les autres à une lésion de l'axe cérébro-spinal ; d'autres la font émaner de l'ophthalmie dont les nouveaux-nés sont si souvent atteints. Pour nous, nous pensons qu'il est plus rationnel d'en rapporter la cause à une inflammation qui peut avoir eu lieu pendant la vie intra-utérine. Les stries et les inégalités que M. Sichel a remarquées sur la capsule de plusieurs de ces cataractes, viennent, ce me semble, à l'appui de notre opinion. Cette cataracte est presque toujours de nature molle, fluide.

CAUSES.

L'ignorance où nous sommes encore sur la vraie cause de la cataracte doit nécessairement émaner de l'impossibilité de connaître la véritable texture, le mode de nutrition du cristallin : ce corps augmente-t-il de volume par intus-susception ou par juxta-position ? Vit-il comme tout l'organisme ou bien par imbibition ? Les moyens anatomiques les plus subtils n'ont pu encore y découvrir aucune trace de vaisseaux. Après les expériences minutieusee d'un des professeurs les plus distingués de cette École, M. Dubrueil, on peut assurer que nos moyens d'investigation sont trop imparfaits ; et si l'analogie n'était pas ici permise, je n'hésiterais point à regarder le cristallin comme un corps inerte ; mais la vie n'anime-t-elle pas tout l'organisme jusque dans les moindres parties? et, par une conséquence rigoureuse, peut-on admettre vie sans vaisseaux, sans nerfs ?

Les causes qu'on a assignées à cette maladie sont très-variées et très-nombreuses. Les deux sexes y sont également sujets ; j'ai cru cependant observer que les hommes en sont plus particulièrement atteints. Ne pourrait-on pas rapporter cette circonstance à la vie active et pénible que ces derniers sont forcés de mener? En général, tous ceux qui sont exposés à une forte chaleur, à une vive lumière,

comme les serruriers, les verriers, ceux qui sont obligés, par leur état, à fixer des objets très-menus, comme les horlogers, les orfévres, en sont affectés fréquemment. L'usage immodéré des alcooliques, l'action locale des acides concentrés, les diathèses syphilitique, scrofuleuse, etc., les lésions traumatiques surtout, sont autant de causes qui peuvent produire l'opacité du système cristallinien. Beer fait observer que cette affection est presque certaine, si ceux dont la profession oblige d'exercer l'œil sur de très-petits objets se tiennent courbés. D'après plusieurs observations de Lucas, Beer, etc., cette maladie est héréditaire; on a vu, en effet, souvent des pères cataractés mettre au monde des enfants atteints de la même affection. On peut, jusqu'à un certain point, s'en rendre raison, en réfléchissant que l'organisation des enfants ressemble bien des fois, jusque dans les plus petits détails, à celle des parents.

La cause immédiate, suivant Demours, est une lésion des vaisseaux lymphatiques du cristallin; c'est la nécrose de ce corps, d'après Delpech. Je serais porté à croire, par analogie, que la cataracte émane presque toujours de l'inflammation, en exceptant celle qui survient dans un âge avancé. Telle est du reste l'opinion de M. Marjolin.

Sans doute il est difficile, quelquefois même impossible, malgré l'attention la plus soutenue, d'en reconnaître les symptômes, tant il vrai que l'inflammation est toujours en rapport avec le degré de vitalité des parties. Mais ne doit-on pas ici conclure du résultat à la cause? au reste, il est assez facile de reconnaître la vérité de cette assertion en remontant aux signes commémoratifs. M. Larrey confirme notre opinion lorsqu'il dit que l'ophthalmie affaiblit toujours la vue, qu'elle dispose beaucoup à la cataracte; il lui a été facile d'en acquérir la preuve dans la campagne d'Égypte, où il y eut plusieurs soldats cataractés à la suite de l'ophthalmie. Les passions, les fortes commotions semblent contribuer à la formation de la cataracte, comme le prouvent les observations suivantes:

Première observation. — M. Tartra cite l'exemple d'un homme dont un œil devint cataracté après un accès de colère.

Deuxième observation. — Fabrice de Hilden rapporte qu'une dame, après avoir pleuré long-temps une parente, fut tout à coup atteinte de cataracte.

Troisième observation. — On lit dans Brisseau qu'une jeune fille, ayant été renversée par le tonnerre, perdit subitement la vue. L'examen fit reconnaître deux cataractes.

Quatrième observation. — Weimann assure avoir vu une cataracte se développer *subitò* chez un individu qui s'était enivré.

Cinquième observation. — On lit dans Haller le fait suivant, observé par J.-H. Fregtay : *femina quædam quæ ad emittendum fætum magnis doloribus defatigata simul in puerperis accerrimis imò intolerabilibus capitis doloribus vexabatur, adeò ut utroque in oculo cataractæ exindè sequentes deprehenderentur.*

Sixième observation. — D'après Lassus, une cataracte aurait été produite par un baiser fortement appliqué sur l'œil. Ces observations militent en faveur d'une telle opinion,

Mais comment s'expliquer cette influence sur le système vivant, comment en connaître le mode d'action ? *Felix qui potuit rerum cognoscere causas* ! Mais, hélas! que de fois elles nous échappent.

PRONOSTIC.

Rien de plus épineux que le pronostic de cette affection, rien de plus variable, tant les moindres circonstances le font changer relativement au succès de l'opération. C'est en vain, très-souvent, qu'on interroge la couleur, la forme parfois si bizarres, l'âge, l'idiosyncrasie du sujet; l'erreur n'en est pas moins fréquente. Ne voit-on pas, en effet, tous les jours, des cataractes dont le pronostic paraît le plus favorable à l'opération, être suivies d'insuccès, tandis que d'autres, du plus fâcheux augure, guérissent comme par enchantement ?

Quoi qu'il en soit, le chirurgien ne doit pas se laisser décourager,

lors même qu'il ne pourra pas réunir tous les signes favorables au succès de l'opération ; car il ne doit pas ignorer qu'on ne peut jamais, *à priori*, en connaître le résultat presque toujours incertain. Cependant ce n'est qu'après une étude profonde et réfléchie qu'il doit agir.

A l'exception d'un bien petit nombre de cas encore douteux, l'expérience a confirmé, depuis Celse jusqu'à nos jours, que la vraie cataracte ne cède qu'à l'opération. On aurait tort pourtant de nier, d'une manière absolue, l'efficacité de tout autre moyen. Sous l'influence d'un traitement général ou local, Richter, Alberti, Warre, etc., l'ont vue disparaître ; d'après d'autres, on l'a vue céder aux révulsifs, au séton à la nuque, au moxa, au cautère actuel ; mais, pour n'avoir aucun doute, il serait à désirer d'avoir la preuve matérielle qu'on a eu réellement à combattre des cataractes.

Conditions. — Si la cataracte est simple, c'est-à-dire, si les yeux ne sont ni trop saillants, ni trop enfoncés, s'il n'existe aucune altération locale ni générale, si, en un mot, le système cristallinien est seul affecté, on doit recourir à l'opération sans considérer, ni la nature, ni l'espèce de la cataracte, qu'elle soit dure, molle, branlante ou adhérente, jaune, grise, noire, etc.

Mais si l'opacité a débuté par des céphalalgies, si le malade est cachectique, prédisposé aux affections catarrhales ou rhumatiques, s'il est sous l'influence de quelque diathèse, si le milieu qui l'environne est vicié, si la pupille est fort dilatée, plissée, immobile, si surtout l'altération est due à une cause traumatique, le pronostic est fâcheux, et l'on doit peu attendre de l'opération. Malgré ces contre-indications, on doit accéder au désir pressant du malade, si la vue est totalement perdue, n'y eût-il qu'une chance sur cent : *melius est anceps experiri remedium quàm nullum.* L'œil est-il difforme? y a-t-il glaucôme ou amaurose? on doit s'abstenir de l'opération, qui serait inutile, peut-être dangereuse.

Malgré qu'on conseille généralement d'attendre l'âge de raison pour opérer, l'expérience confirme tous les jours l'opinion de ceux qui pensent que l'opération réussit d'autant mieux que le

sujet est plus jeune. Si, à cet âge, elle est plus délicate, plus difficile, elle offre bien plus de chances de succès : alors les parties cèdent plus facilement; le moral n'est nullement affecté des résultats toujours incertains. Hésitera-t-on un moment à mettre en activité un organe aussi important, si on considère quelle est l'influence de la vision sur le développement de nos facultés intellectuelles? Sans elle, en effet, presque point d'idées; tout paraît être dans l'inertie; en un mot, l'individu est réduit à une vie presque végétative.

La vieillesse est-elle une contre-indication? Mais où sont les limites de cet âge? pût-on les découvrir, qui pourrait rester sourd aux plaintes de ce vieillard, qui gémit de ne pouvoir plus contempler la nature, seule capable de tromper les chagrins inhérents à cette époque de la vie? Si la raison ne répondait, je citerais plusieurs observations de cataractes que M. Serre a détruites sur des sujets de 70, 80 ans.

Le résultat de l'opération étant presque toujours incertain, on doit attendre la perte totale de la vue : en agissant ainsi, on ne s'expose pas à aggraver la position cruelle du malade; on se met soi-même à l'abri de tout reproche; d'ailleurs, à part ses intérêts propres, l'opérateur doit avoir présent à l'esprit ce sage précepte : *primùm non nocere.*

Quoiqu'on choisisse, en général, le printemps ou l'été, on peut opérer dans toutes les saisons, si la température est stable et modérée; on doit éviter, comme le conseille Ambroisé Paré, les temps d'orage, de peur que les commotions électriques ne réagissent d'une manière funeste sur le globe oculaire. On doit s'abstenir de l'opération pendant les épidémies, pendant un temps froid et humide, toutes les fois que l'atmosphère éprouve des vicissitudes.

Lorsqu'il n'y a qu'un œil cataracté, doit-on opérer? La sympathie de nos organes devrait arrêter ceux qui, avec Wenzel, Richter, Roux, Velpeau, etc., opèrent dans cette circonstance, puisque le résultat de l'opération est toujours incertain, et qu'on ne peut jamais, *à priori*, connaître l'intensité de l'inflammation consécutive. Ils prétendent ainsi prévenir une altération qui ne tarderait pas à se mon-

trer à l'œil sain. Mais par quelle loi le rétablissement de la vue sur un œil cataracté peut-il préserver l'autre du même sort ?

Si leur conduite est très-souvent couronnée de succès, elle est aussi quelquefois suivie de graves accidents, et même de la perte totale de la vue ; et alors quel malheur pour le malade ! quel repentir pour le médecin !

En n'opérant que lorsque la cécité est complète sur les deux yeux, on ne s'expose point à aggraver l'état du malade ; on se met soi-même à l'abri de tout reproche : telle est, du reste, l'opinion de la plupart des chirurgiens d'aujourd'hui.

En thèse générale, on peut donc établir qu'on doit attendre la perte complète de la vue pour pratiquer l'opération.

Convient-il d'opérer les deux yeux à la fois ? La même loi de sympathie répond aussi à cette question encore en litige.

Quoi qu'en disent Sichel et ses partisans, nous préférons suivre le conseil sage et éclairé de Scarpa, Dupuytren, Monteggia, Demours, etc., qui n'opèrent jamais qu'un seul œil. Telle est la règle invariable du professeur Serre, dont l'expérience prouve tous les jours la vérité de ce précepte.

Si l'on opère les deux yeux à la fois, comme Boyer, Sichel, l'inflammation doit nécessairement être plus intense, et par suite la vue plus exposée : j'ai pu m'en assurer quelquefois par moi-même. D'ailleurs, toutes les raisons qu'invoquent ces derniers tombent d'elles-mêmes, lorsqu'on sait qu'il est d'observation qu'un œil opéré perd, au bout d'un certain temps, de sa force, et que la cécité émane de nouveau de la cause qui l'avait d'abord produite.

D'après cette considération, ne devrait-on pas imiter le célèbre professeur de Pavie, puisqu'on se ménage sur l'œil opposé une chance de succès si l'effet de la première opération vient à se détruire.

Après avoir jeté un coup d'œil sur ces considérations qui nous semblent de la plus haute importance, nous devons dire deux mots du traitement préparatoire.

Avant d'agir, le chirurgien doit prévenir ou combattre les acci-

dents, s'il en existe. Selon l'indication, il agit sur le tube digestif, sur le système vasculaire, sur les vices dartreux, scrofuleux, syphilitique, etc. Si l'œil est larmoyant, Scarpa conseille d'appliquer un large vésicatoire à la nuque; la pupille est-elle contractée, on instille entre les paupières de la belladone, afin de voir plus facilement le jeu de l'aiguille; mais si la cataracte était branlante, dure et peu volumineuse, il vaudrait mieux ne pas en faire usage, crainte de faciliter, par la dilatation de la pupille, le passage du cristallin dans la chambre antérieure. M. Roux proscrit toute espèce de narcotiques, à moins que la pupille ne soit très-resserrée, parce que, dit-il, ils disposent singulièrement l'œil à l'inflammation. Quoi qu'en dise cet auteur recommandable, nous les avons vus employer plusieurs fois sans aucun accident.

Ces précautions, en procurant d'heureux effets, peuvent faire éviter de graves accidents. M. Sichel est trop absolu, lorsqu'il dit que la plupart des cataractes, n'étant que le marasme physiologique du cristallin, ne méritent aucune préparation. Quels sont, en effet, les signes qui lui font, *à priori*, distinguer ces cas de simplicité? Sur quoi base-t-il son opinion? Il vaut mieux, je crois, suivre la conduite de l'illustre Dupuytren.

Les pathologistes ont beaucoup prôné le traitement médical. Il n'est rien qu'ils n'aient employé pour arrêter ou détruire les progrès de cette maladie : vomitifs, purgatifs, sudorifiques, pédiluves, ventouses, sétons, moxas, extrait de ciguë, etc. Le galvanisme et l'électricité ont aussi eu de nombreux partisans. Gondret préconise beaucoup la pommade ammoniacale ou le cautère actuel appliqué au sinciput. Malgré tout ce qu'on en a dit, on doit peu compter sur les moyens médicaux.

TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Il serait inutile d'énumérer tous les moyens empiriques qu'on a tour à tour vantés comme spécifiques; la saine philosophie médicale

apprend aujourd'hui la valeur qu'on doit leur accorder. Dans l'état actuel de la science, on ne les emploie que pour préparer le sujet à l'opération qui, en dernière analyse, est le seul moyen de réussite : enlever le corps opaque de l'axe visuel, tel est le but que l'on doit se proposer. Pour arriver à cette fin, il existe quatre méthodes : 1° abaissement; 2° extraction; 3° keratonixis; 4° enfin la méthode mixte de Quadri.

Ajoutant peu de foi aux avantages des deux dernières, nous pensons que les deux premières sont les seules qu'on doive mettre en usage. Le parallèle des méthodes par abaissement et par extraction nous paraît impossible, puisque chacune d'elles doit être appropriée à des cas différents et spéciaux. L'une réussira, en effet, où l'autre aurait échoué, et *vice versâ*. Nous sommes donc loin de nous attacher exclusivement à l'une ou à l'autre méthode, persuadé que chacune peut trouver son application dans la pratique; règle générale. l'abaissement peut et doit être employé dans la majorité des cas; l'extraction, au contraire, dans des cas rares et exceptionnels : c'est au talent de l'opérateur à adapter aux diverses cataractes la méthode convenable. Nous allons cependant indiquer, sous forme de propositions, certaines cataractes qui réclament l'une ou l'autre méthode.

Si l'œil est petit, enfoncé ou très-saillant, très-irritable, très-mobile; si la chambre antérieure est peu spacieuse; si la fente des paupières est peu étendue; si le sujet est craintif et indocile; si surtout l'iris reste insensible à l'agent narcotique, employez l'abaissement; préférez, au contraire, l'extraction, si la cataracte est branlante, très-dure ou très-molle, si la capsule est osseuse, si surtout le cristallin est passé dans la chambre antérieure, comme j'en ai vu un cas l'année dernière à la clinique du professeur Lallemand. Chez un cultivateur, le cristallin, dur et volumineux, occupait la chambre antérieure de l'œil gauche; les rayons lumineux ne pouvaient pénétrer que par un petit point à la partie supérieure; l'habile chirurgien, jugeant que l'absorption ne se ferait qu'avec la plus grande difficulté, employa l'extraction qui fut couronnée d'un plein succès.

On est loin encore aujourd'hui d'être d'accord sur la valeur respective de ces deux méthodes ; les préjugés, l'esprit exclusif de certains auteurs ont fait préférer, sans restriction, l'une ou l'autre. Quant à nous, aimant l'éclectisme, nous laissons de côté toute discussion à ce sujet, et nous pensons qu'on ne peut adopter exclusivement une méthode opératoire ; que les indications dont nous avons parlé plus haut doivent décider le choix que doit faire le praticien, et que si, dans quelque circonstance, il est libre de préférer telle méthode à telle autre, il doit se décider pour celle qui lui paraîtra offrir le plus de chances de succès ; car, en chirurgie, la théorie n'est pas tout ce qu'il y a d'important, et l'on ne saurait, sans éprouver de nombreux mécomptes, faire abstraction de l'habileté et de l'habitude de l'opérateur.

Pour compléter ce qui est relatif au sujet que j'ai choisi, il me resterait à parler de l'opération en elle-même; mais j'ai cru que la description des méthodes et des divers procédés, faite d'une manière succincte et telle que le comporte la nature de ma dissertation, serait sans utilité, si je me bornais à faire l'analyse de ce qu'on trouve dans tous les ouvrages de médecine opératoire. Si, au contraire, j'avais voulu donner à cette partie du traitement toute l'étendue et toute l'importance qu'elle mérite sous le rapport chirurgical, j'aurais dû me livrer à des développements et à des discussions qui ne m'étaient permises ni par la manière dont j'ai envisagé mon sujet, ni par les limites qui m'étaient naturellement tracées.

SCIENCES ACCESSOIRES.

COMMENT PRÉPARE-T-ON UNE EAU MINÉRALE SULFUREUSE DANS LE DESSEIN D'IMITER LES EAUX DE BARÈGES, DE SAINT-SAUVEUR, DE CAUTERETS, ETC.?

Il est impossible d'imiter complètement les eaux minérales naturelles. Ici, comme partout, on s'est efforcé en vain d'imiter la nature; on n'a jamais pu la copier d'une manière exacte, quoique l'intérêt, l'ambition, la cupidité, aient quelquefois préféré l'art à la nature. L'imitation rigoureuse suppose nécessairement une analyse parfaite qu'on est loin encore de connaître; ce n'est donc qu'approximativement que nous pouvons simuler les eaux minérales sulfureuses naturelles.

Eau pour boisson.

Elle est le résultat de la saturation de l'eau distillée par le gaz hydrosulfuré obtenu de la décomposition du sulfure de fer par l'acide sulfurique.

Toute la manipulation consiste à faire prendre à un volume d'eau distillée la quantité des sels que suggère l'analyse. Pour les proportions voulues, on doit prendre les doses pour un litre, ainsi qu'il suit.

Hydrosulfate de soude............	3 grains.
Carbonate de soude..............	4 grains.
Sulfate de soude................	1 grain $\frac{1}{2}$.
Chlorure de sodium.............	$\frac{1}{2}$ grain.

Pour plus de facilité, on doit employer ces substances à l'état cristallisé. Cette dissolution doit être conservée dans des bouteilles bien bouchées.

Eau pour bain.

On fait dissoudre dans dix onces d'eau distillée, sulfure de soude, carbonate de soude et chlorure de sodium, de chaque deux onces. On mélange cette liqueur à l'eau de bain au moment d'y entrer.

C'est au médecin à approprier les doses des ingrédients à l'âge, au tempérament du sujet, aux divers états morbides qui en réclament l'usage.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

QUELLE EST LA STRUCTURE DU CORPS THYROÏDIEN ?

Le tissu du corps thyroïdien présente tous les caractères anatomiques des glandes ; il se compose de petits points glanduliformes réunis par une lame celluleuse qui envoie une quantité de prolongements très-déliés dans son épaisseur. Ces granulations ne sont autre chose que des vésicules qui communiquent les unes avec les autres respectivement à chaque lobe, seule différence qui le fasse distinguer des autres glandes ; elles contiennent un liquide qui varie beaucoup par la couleur, la quantité et la consistance. Tous les anatomistes ont été forcés, comme Santorinus, d'abandonner la prétendue découverte des conduits excréteurs. Cet organe est nourri par les quatre thyroïdiennes, quelquefois par l'artère thyroïde de Neubauer, qui vient de la crosse de l'aorte. Les veines, en rapport par leur nombre et leur volume avec les artères, forment un plexus considérable au-devant de la trachée.

Les vaisseaux lymphatiques se rendent aux ganglions jugulaires; les nerfs sont fournis par le pneumo-gastrique et quelques ganglions cervicaux.

SCIENCES CHIRURGICALES.

L'EXAMEN DE L'IRIS EST-IL D'UN GRAND SECOURS DANS LE DIAGNOSTIC DES MALADIES DES YEUX?

1° De l'examen de l'iris on peut souvent tirer des inductions très-utiles pour plusieurs affections du globe oculaire, je dirai même pour certaines maladies de l'organisme.

La nature et le siége de ces affections nous sont parfois transmis par l'aspect seul de cette membrane; mais, il faut le dire, le plus souvent ce n'est que par la réunion de beaucoup d'autres signes qu'on peut arriver à la solution du problème.

Cette question offre beaucoup d'utilité, mais aussi elle est trop vaste pour être traitée sous forme de proposition. Je vais donc me contenter d'indiquer les principaux signes que l'iris peut fournir.

La couleur, la forme de la pupille aident beaucoup à différencier certaines cataractes; la couleur noirâtre, l'inertie de l'iris, la dilatation de la pupille, font soupçonner la paralysie de la rétine; la pupille est-elle irrégulière? on doit craindre son adhérence avec la capsule du cristallin, ou bien sa paralysie partielle.

Dans le glaucôme, la forme de la pupille varie beaucoup sous l'influence d'une douleur violente et progressive; elle est quelquefois ovale; l'iris est immobile, chassé en avant; sa couleur est d'un vert bleuâtre, mát. Dans l'iritis, la pupille, sans perdre sa forme, se trouble; l'iris est rouge, tuméfié, convexe en avant, et surtout très-mobile.

L'immobilité de l'iris ne coïncide pas toujours avec la paralysie de la rétine.

SCIENCES MÉDICALES.

DES COMPLICATIONS DE LA PHLÉBITE.

Cette question, qui, au premier abord, paraît simple et facile, offre beaucoup de vague et trop d'étendue pour être envisagée dans le cadre resserré de mon travail. Ainsi posée, cette question me semble si difficile à résoudre, que je l'aurais passée sous silence si le règlement ne m'avait fait un devoir d'en parler.

Essayons donc d'émettre sur ce sujet quelques idées qui m'ont été suggérées plus par le raisonnement que par les auteurs que j'ai consultés.

Toutes les maladies peuvent, il me semble, compliquer la phlébite, selon la constitution médicale, l'idiosyncrasie du sujet, et une infinité d'autres circonstances.

Les principales complications sont la piqûre d'un nerf, d'un tendon ; les affections gastriques, hépatiques, rhumatismales, goutteuses, érysipélateuses, etc. ; la cardite, la métrite, surtout après un accouchement laborieux ; les engorgements des glandes par suite des abcès. L'introduction d'un virus ou d'un poison dans l'économie, l'exsudation du pus dans le torrent circulatoire, sont les plus dangereuses. C'est de cette dernière complication qu'émane souvent la fièvre consomptive qui conduit presque toujours l'individu au tombeau. Le typhus, la pourriture d'hôpital, les opérations majeures, etc., peuvent être tout autant de complications de la phlébite.

D'après cette simple énumération, on peut se convaincre que la phlébite n'est pas une maladie aussi simple qu'on le pense communément.

FIN.

QUESTIONS DE THÈSES.

N° 89.

5.

DÉFINIR CE QUE LES BOTANISTES APPELLENT INDIVIDUS, ESPÈCES, VARIÉTÉS, RACES, GENRES, ORDRES, CLASSES.

D'OU VIENT LE PIGMENT QUI COLORE LA CHOROÏDE ET CELUI DE L'UVÉE ?

QUELLES SONT LES MALADIES LES PLUS FRÉQUENTES CHEZ LES SUJETS ATTEINTS DE DÉVIATIONS LATÉRALES DE L'ÉPINE ? A QUEL AGE ET A QUELLE AFFECTION CES SUJETS SUCCOMBENT-ILS ORDINAIREMENT ?

DES SYMPTOMES DE L'ANÉVRISME DE L'AORTE.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 30 JUILLET 1838,

PAR

ÉLOI-HENRI CRESPY,

d'Agen (LOT-ET-GARONNE);

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

Da veniam scriptis, quorum non gloriâ nobis
Causa, sed utilitas officiumque fuit.
OVIDE.



MONTPELLIER,

IMPRIMERIE DE VEUVE RICARD, NÉE GRAND, PLACE D'ENCIVADE, 3.

1838.